

200 21 606 IV
SCI/ISD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Dezember 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 2. Juli 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im März 2000 unter Hinweis auf eine Diskushernie sowie Kniebeschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach Abklärungen sprach die IVB der Versicherten mit Verfügungen vom 10. April 2001 (AB 17) und 1. April 2003 (AB 29) berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung zur ... zu. Nach Abschluss der Umschulung im Dezember 2004 (vgl. AB 48 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 2. Februar 2005 (AB 52) einen Rentenanspruch.

Im Juli 2005 meldete sich die Versicherte unter Verweis auf die gesundheitlichen Folgen eines Autounfalls vom 7. Februar 2003 mit leichtem Schädelhirntrauma und Schleudertrauma erneut zum Bezug von Leistungen an (AB 57). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, insbesondere dem Eingang eines im Auftrag der Unfallversicherung erstellten interdisziplinären Gutachtens vom 29. September 2006 (AB 77), sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 19. April 2007 (AB 86) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % mit Wirkung ab 1. März 2006 eine halbe Invalidenrente zu. Der Rentenanspruch wurde revisionsweise mit Mitteilung vom 19. Juni 2008 (AB 95) bestätigt.

Mit Schreiben vom 24. Februar 2010 (AB 98) liess die Versicherte einen Verkehrsunfall vom 17. Januar 2010 melden und machte im darauf eingeleiteten Revisionsverfahren eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 100). Die IVB traf erwerbliche und medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie die Akten der Unfallversicherung (AB 108, 116, 124, 128, 134) und ein vom 4. April 2013 datierendes interdisziplinäres Gutachten des D. _____ (MEDAS; AB 152.1) sowie eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 17. Mai 2013 (AB 157) ein. Weiter stellte die Krankentaggeldversicherung ein interdisziplinäres Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 4. Juli 2014 (AB 174.2) zu. Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (AB 179 f.) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 3. März 2015 (AB 183) eine ganze Rente ab 1. April 2010 und wiederum eine halbe Rente ab 1. April 2013 zu und hob die Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 1. September 2015, IV/2015/315, ab (vgl. AB 192). Das Urteil blieb unangefochten.

B.

Im Dezember 2019 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus neuropsychologischer Sicht und zwei zwischenzeitlich erfolgte Operationen abermals zum Leistungsbezug an (AB 197). Die IVB traf erwerbliche und medizinische Abklärungen, namentlich holte sie ein vom 9. März 2021 datierendes polydisziplinäres medizinisches Gutachten der MEDAS ein (AB 240.1 [Konsensbeurteilung], AB 240.2-240.8). Gestützt darauf stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 26. März 2021 (AB 241) sinngemäss die Ablehnung ihres Leistungsbegehrens mangels einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte am 10. Mai 2021 Einwand und stellte weitere medizinische Unterlagen in Aussicht (AB 244). Nachdem die Versicherte innerhalb der erstreckten Frist (vgl. AB 245-249) keine ergänzende Begründung ihres Einwandes eingereicht hatte, verfügte die IVB am 2. Juli 2021 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 250).

C.

Mit Eingabe vom 6. September 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, Rechtsanwalt C._____, Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2021 beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. Oktober 2021 wurde der Beschwerdeführerin Gelegenheit geboten, den in Aussicht gestellten Bericht einer neuerlichen neuropsychologischen Untersuchung bis längstens am 5. November 2021 einzureichen. Die Beschwerdeführerin teilte am 3. November 2021 mit, dass die neuropsychologische Untersuchung nicht durchgeführt worden sei bzw. werde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. Juli 2021 (AB 250). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob seit der Verfügung vom 3. März 2015 (AB 183) ein medizinischer oder erwerblicher Revisionsgrund eingetreten ist. Soweit mit der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2021 (AB 250) – im Gegensatz zur angegebenen Begründung – gemäss Überschrift und Dispositiv das Erhöhungsgesuch abgewiesen wird, ist dies insoweit nicht zutreffend als die Beschwerdeführerin aktuell keine Rente bezieht, sondern im Rahmen der Neuanmeldung von Dezember 2019 (AB 197) die Wiederausrichtung einer Rente anstrebt.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.3.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revi-

sionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.3.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmelungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von Dezember 2019 (AB 197) eingetreten und hat in der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2021 (AB 250) materiell über den Rentenanspruch befunden. Die Eintretensfrage (vgl. E. 2.3.2 hiervoor) ist damit nicht streitig und folglich vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad eingetreten ist. Hierfür ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 3. März 2015 (AB 183) mit demjenigen, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2021 (AB 250) entwickelt hat, zu vergleichen (vgl. E. 2.3.4 hiervoor).

3.2 Zur gesundheitlichen Situation und der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit im Zeitpunkt der Verfügung vom 3. März 2015 (AB 183), wie sie dem Urteil vom 1. September 2015, VGE IV/2015/315 (vgl. AB 192), zugrunde lag, ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 4. April 2013 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervicovertebrales und cervicocephales Schmerzsyndrom, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine Supraspinatus- und Subscapularistendinose, belastungsabhängige Knieschmerzen links, eine Neurasthenie (Differentialdiagnose: dissoziative Störung, gemischt), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere Episode, und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ängstlich-vermeidend, histrionisch, narzisstisch) festgehalten. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen Status nach Verkehrsunfall am 17. Januar 2010, einen Nikotinabusus und Migräne- sowie Spannungstyp-Kopfschmerzen (AB 152.1/49 f.). Rein somatisch könne die Beschwerdeführerin ihre an sich optimal adaptierte Tätigkeit als ... mindestens im Umfang von 70 % ausüben. Die restlichen 50 % der gegenwärtigen reduzierten Arbeitsfähigkeit – die Beschwerdeführerin arbeite derzeit 20 % – ginge zulasten der psychiatrischen und psychosomatischen Problematik (AB 152.1/52). In anderen adaptierten Tätigkeiten bestehe eine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der chronischen Schmerzsymptomatik aufgrund der objektivierbaren somatischen Probleme von maximal 30 %. Eine weitere Reduktion der Arbeitsfähigkeit um zusätzliche 20 %, entsprechend insgesamt 50 %, ergebe sich aufgrund der deutlichen psychischen Problematik. Die im früheren MEDAS-Gutachten von 2006 erhoffte Verbesserung der psychischen Situation (vgl. dazu AB 77/49) habe sich nicht eingestellt. Die psychische Situation habe sich im Gegenteil verschlechtert. Hingegen liessen sich keine hirnganisch bedingten Einschränkungen mehr objektivieren (AB 152.1/52 f. Ziff. 11).

3.2.2 Im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 4. Juli 2014 (AB 174.2) wurden folgende Diagnosen gestellt: Eine Neurasthenie mit ausgeprägter subjektiver Erschöpfungssymptomatik und begleitender psychovegetativer Symptomatologie und somatoformen Elementen (ICD-10 F48.0), Differentialdiagnose im Rahmen einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7), eine dissoziative Störung (Konversionsstörung), gemischt (ICD-10 F44.7), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/1), eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen, emotional-instabilen und selbstunsicheren

(ängstlich-vermeidenden) Zügen (ICD-10 Z73.1), Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung, einen Zustand nach Schädel-Hirn-Traumata (2003 und 2010; S06.9), ein Kombinationskopfschmerz mit Migräne und Spannungskopfweh sowie Cervicocephalgien und möglicher posttraumatischer Komponente (ICD-10 R51), Cervicalgien und Schulterschmerz rechts bei Chondrose, Spondylose und Unkarthrose C4 bis C6 sowie Status nach arthroskopischer Acromioplastik rechts, ohne Hinweis auf radikuläre oder periphere neurologische Defizite (ICD-10 M54.2) sowie eine anamnestische lumbosakrale Diskushernie mit rezidivierenden Lumbalgien, aktuell ohne Anhalt für neuroradikuläre Defizite (M54.5; AB 174.2/23 Ziff. 6).

In der angestammten Tätigkeit als ... verbleibe noch ein medizinisch-theoretisches Restleistungsvermögen von knapp 20 %. In der bereits (optimal) angepassten aktuellen Tätigkeit als ... bestehe ein Restleistungsvermögen von 40 % (AB 174.2/22). Die Einschränkungen seien hauptsächlich psychischer Natur. Rein körperlich könne die Beschwerdeführerin alle Tätigkeiten, die mit ihrer angestammten Beschäftigung in der ... vergleichbar seien, mit der von neurologischer Seite postulierten Leistungsfähigkeit von 80 % im früheren 50 %-Pensum ausüben. Aus psychischer Sicht bestünden jedoch darüber hinaus Einschränkungen vor allem der Belastbarkeit mit vorzeitiger Ermüdung/Erschöpfung (neurasthenische Symptomatik), Antriebsverminderung, psycho-vegetativen und affektiven Symptomen und einer Einschränkung der intellektuellen Belastbarkeit aufgrund einer neurotischen Leistungshemmung, so dass allgemein bei intellektuell und auch emotional anspruchsvolleren Tätigkeiten (vergleichbar mit der Tätigkeit als ...) eine erhebliche Leistungsminderung resultiere (AB 174.2/24 f.).

3.2.3 Das Verwaltungsgericht verneinte gestützt auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 in VGE IV/2015/315, E. 3.7.2, das Bestehen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens. In der Folge ging es für die Invaliditätsbemessung gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 3. März 2015 von einer seit Dezember 2012 bestandenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in einer den somatischen Einschränkungen angepassten leichten bis höchstens mittelschweren wechselbelastenden und rückenadaptierten Tätigkeit ohne Zwangshaltungen des Oberkörpers, ohne dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den

Armen in oder über der Horizontalen und ohne wiederholtes repetitives Knien oder Gehen auf unebenem Gelände aus (VGE IV/2015/315, E. 3.7.1 und 3.8 [AB 192/13 ff.]; AB 152.1/51 Ziff. 10).

3.3 In der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2021 (AB 250) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 (AB 240.1 [Konsensbeurteilung], AB 240.2-240.8). Im Gutachten wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine dissoziative Störung (gemischt mit Störung des Gedächtnisses, der Bewegung und der Wahrnehmung), eine chronifizierte depressive Störung (gegenwärtig leicht ausgeprägt), ein chronisches cervico-vertebrales Schmerzsyndrom, ein chronisches belastungsabhängiges lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine symptomatische Restinstabilität mit schmerzhaften Blockaden Knie links und ein Impingement Schulter rechts diagnostiziert. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine beginnende Coxarthrose links, einen Status nach Schädelhirntrauma mit rechts-betontem epitentoriellem Subduralhämatom und Rissquetschwunde links parietal am 17. Januar 2010, Klagen über Ermüdbarkeit/Erschöpfung und kognitive Leistungsdefizite, chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, überlagert von Migräne ohne Aura, chronische unspezifische Schwankschwindelbeschwerden ohne objektiv fassbare klinische und paraklinische Befunde einer vestibulären Läsion (neurotologische Untersuchung vom 3. Juli 2019), ein mögliches Restless-legs-Syndrom, eine hypertensive Herzkrankheit, arterielle Hypertonie (Erstdiagnose 2018), einen chronischen Nikotinabusus (34 py), eine Refluxkrankheit und einen Status nach Tonsillektomie 2001 (AB 240.1/10 ff. Ziff. 4.2).

3.3.1 Aus orthopädischer Sicht bestehe verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Verfügung vom 3. März 2015 ein Status nach Spondylodese der LWS auf Höhe L4/5 mit entsprechend verminderter Belastbarkeit des Achsenorgans. Unverändert bestünden im Wesentlichen Beschwerden vonseiten des cervicocephalen Schmerzsyndroms bei degenerativen Veränderungen der HWS. Subjektiv hätten die Beschwerden in der rechten Schulter zugenommen, objektiv bestehe aktuell eine stärker verminderte Belastbarkeit der rechten Schulter für Überkopfarbeit durch zunehmende Läsion der

Rotatorenmanschette aufgrund der fortbestehenden Impingement-Symptomatik. Vonseiten des linken Knies bestünden bei Status nach zwei VKB-Rekonstruktionen erneut eine vollständige VKB-Insuffizienz mit zunehmendem Auftreten von stark schmerzhaften Pivot-shift Phänomenen und dadurch eine deutlich verminderte Belastbarkeit des linken Kniegelenkes. Die linke Hüfte zeige neu eine leichte Minderbelastbarkeit aufgrund einer beginnenden Coxarthrose (AB 240.1/7).

3.3.2 Aus neurologischer Sicht bestünden vielfältige Beschwerden, welche durch starkes Ermüden/Erschöpfung, kognitive Defizite und polytope Schmerzen geprägt seien. Auch aktuell sei die somatische neurologische Untersuchung mit spärlichen objektiv fassbaren Befunden wenig ergiebig, sodass die Beurteilung überwiegend auf der Grundlage subjektiver Beschwerden erfolgen müsse. Neu gegenüber der Vorbegutachtung vom 4. April 2013 fänden sich aktuell radikuläre Ausfallsymptome geringer Ausprägung in den distalen Segmenten am rechten Bein, deren Ätiologie unklar sei, wodurch sich die Beschwerdeführerin subjektiv jedoch kaum behindert fühle. Neben Vielfalt und Charakter der geklagten Schmerzen seien deren Konstanz und Intensität auffällig, welche aus neurologischer Sicht mit klinischen und paraklinischen Befunden nur mit Vorbehalt zu begründen seien. Entsprechend ergebe sich der starke Verdacht auf eine erhebliche psychische Komponente, so dass diesbezüglich auf die psychiatrische Beurteilung verwiesen werde. Ohne Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite ergäben sich allein aufgrund der somatischen neurologischen Befunde vorwiegend qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, indem aufgrund der Symptomatik vonseiten der Hals- und Lendenwirbelsäule lediglich rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar und aufgrund der Schwindelbeschwerden ungeachtet ihrer Ursache Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet seien. Die Migräne und die chronischen Spannungskopfschmerzen bedingten eine Leistungsminderung im Sinne eines verminderten Rendements, welches allenfalls auch durch Beschwerden im orthopädischen Fachgebiet mitbegründet sei (AB 240.1/7 f.).

3.3.3 Aus internistischer Sicht sei im Vergleich zu den Voruntersuchungen insgesamt von einer Verschlechterung auszugehen; der Verlauf sei ungüns-

tig. Es bestünden kardiovaskuläre Risikofaktoren (langjähriger Nikotinabusus; anamnestisch 2018 entdeckte Hypertonie) und als Folge der arteriellen Hypertonie habe sich eine hypertensive Herzkrankheit entwickelt (AB 240.1/8 f.).

3.3.4 Aus psychiatrischer Sicht bestünden seit über zehn Jahren eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und seit dem Verkehrsunfall im Jahre 2010 eine gemischte dissoziative Symptomatik, welche sich vor allem durch kognitive Defizite, Empfindungs- und Bewegungsstörungen und eine Schwierigkeit, Wahrnehmungen zu integrieren und einen konstanten Realitätsbezug herzustellen, äussere. Insbesondere durch die damit einhergehende Erschöpfungs- und Ermüdungssymptomatik fühle sich die Beschwerdeführerin im Alltag am stärksten beeinträchtigt, wobei das Schmerzerleben mit dieser Problematik ungünstig interagiere. Die Beeinträchtigungen infolge der chronischen Schmerzstörung, der dissoziativen Störung und der leichten depressiven Restsymptomatik seien schwer ausgeprägt.

In neuropsychologischer Hinsicht seien auf der Testebene Minderleistungen in den Bereichen Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, mnestiche Funktionen, Exekutivfunktionen und Kulturtechniken objektiviert worden, allerdings sei die Validität der Resultate eingeschränkt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entsprächen die gezeigten Leistungen nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. In beiden durchgeführten Performanzvalidierungsverfahren hätten sich Leistungen unter dem kritischen Wert gezeigt. Auch die Glaubwürdigkeit der geschilderten kognitiven Beschwerden sei herabgesetzt. Die Beschwerdeführerin habe eine erhöhte und auffällige Anzahl von Pseudobeschwerden angegeben, welche bei Patienten mit authentischen kognitiven Störungen in dieser Menge und Kombination nicht typisch seien. Darüber hinaus hätten sich Diskrepanzen innerhalb von Testverfahren, zwischen den klinischen Beobachtungen und den testdiagnostischen Resultaten gezeigt. Da die objektivierten Befunde als nicht valide einzuschätzen seien, könne keine ätiologische Zuordnung respektive die (recte: keine) Vergabe eines Schweregrades erfolgen. Grundsätzlich könnten jedoch kognitive Defizite mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, hinsichtlich Art und Ausmass könne jedoch keine Aussage getroffen

werden. Explizit sei darauf hinzuweisen, dass die objektivierbaren Befunde sowie die auffällige Performanz- und Beschwerdevalidierung weder im Rahmen des 2003 stattgehabten HWS-Distorsionstraumas noch der 2010 stattgehabten milden traumatischen Hirnschädigung erklärbar seien, auch nicht in Kombination (AB 240.1/9 f.).

Die psychiatrische Sachverständige hielt zu den neuropsychologisch erhobenen Befunden fest, diese seien gut mit den psychiatrischen Diagnosen erklärbar, insbesondere mit der dissoziativen Störung, im Rahmen derer die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten habe, einen konstanten und adäquaten Realitätsbezug herzustellen. Der objektive Nachweis kognitiver Defizite wäre zwar anschaulich, sei aber angesichts der sonstigen funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht massgeblich für die Bemessung der gesundheitlichen Gesamteinschränkung (AB 240.1/9 f.).

3.3.5 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als ... hielten die Gutachter fest, es bestehe wie bereits im Vorgutachten von 2013 festgehalten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. In der zuletzt seit 2009 ausgeübten Tätigkeit als .../... handle es sich aus somatischer Sicht um eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit, teils sitzend, teils stehend/laufend auf ebenen Unterlagen, mit der Möglichkeit, sich das Pensum bis zu einem gewissen Grad selbst einzuteilen. In dieser Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Verminderung des Rendements um 30 % aufgrund der polytopen Schmerzen. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelte ab 2009. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit im Bereich der ... seit dem Unfall im Jahr 2010 bis 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Im Rahmen der ab August 2018 ausgeübten Tätigkeit als ... des ... im F._____ bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 30 %. Gesamtmedizinisch habe zwischen 2010 und 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % als .../... bestanden. Ab 2018 bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % in der aktuellen Tätigkeit als ... im F._____ (AB 240.1/14 Ziff. 4.7).

In einer angepassten Tätigkeit seien das repetitive Heben von Lasten über 10 kg, Tätigkeiten in Zwangspositionen und repetitive Überkopfarbeiten ausgeschlossen. Weiter bestehe eine deutliche Minderbelastbarkeit des linken

Beines, vor allem für längeres Laufen, Tätigkeiten in gebückter/kniender Haltung, Tätigkeiten auf Leitern/Gerüsten sowie Laufen auf unebenem Boden. Die Migräne und die chronischen Spannungskopfschmerzen bedingten eine weitere Leistungsminderung. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich zusätzlich eine Beeinträchtigung aufgrund des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs, der ausgeprägten Verlangsamung und der verminderten emotionalen und körperlichen sowie interpersonellen Belastbarkeit. Gesamtmedizinisch bestehe damit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (AB 240.1/15 Ziff. 4.8). Die aktuelle Beschäftigung als ... im F. _____ entspreche diesen Anforderungen.

Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 3. März 2015 wesentlich verändert habe, hielten die Gutachter fest, zwischenzeitlich bestehe aus orthopädischer Sicht ein Status nach Spondylodese der LWS auf Höhe L4/5 mit entsprechend verminderter Belastbarkeit des Achsenorgans. Unverändert bestünden Beschwerden vonseiten des cervicocephalen Schmerzsyndroms bei degenerativen Veränderungen der HWS. Subjektiv hätten die Beschwerden in der rechten Schulter zugenommen, objektiv bestehe aktuell eine stärker verminderte Belastbarkeit der rechten Schulter für Überkopfarbeit durch zunehmende Läsion der Rotatorenmanschette aufgrund der fortbestehenden Impingement-Symptomatik. Vonseiten des linken Knies bestehe aktuell erneut eine vollständige VKB-Insuffizienz bei Status nach zwei VKB-Rekonstruktionen mit zunehmendem Auftreten von stark schmerzhaften Pivot-shift Phänomenen und dadurch deutlich verminderter Belastbarkeit des linken Kniegelenks und erhöhter Sturzgefahr. Die linke Hüfte zeige neu eine leichte Minderbelastbarkeit aufgrund einer beginnenden Coxarthrose. Aus neurologischer Sicht fänden sich gegenüber der Vorbegutachtung von April 2013 aktuell radikuläre Ausfallsymptome geringer Ausprägung in den distalen Segmenten am rechten Bein, deren Ätiologie unklar sei, wodurch sich die Beschwerdeführerin jedoch kaum behindert fühle. Ebenfalls neu aus neurologischer Sicht seien "nervöse Arme und Beine" ausschliesslich in der Einschlafphase, welche als Willkürinnervation der Extremitätenmuskulatur als Reaktion auf unangenehme Missempfindung beschrieben würden; sie seien im klinischen Kontext bzw. im Rahmen der vielfältigen Beschwerden schwer zuzuordnen und liessen differentialdiagnostisch ein Restless legs

Syndrom in Betracht ziehen. Aus internistischer Sicht sei der Verlauf ungünstig. Es bestünden kardiovaskuläre Risikofaktoren und als Folge der arteriellen Hypertonie habe sich eine hypertensive Herzkrankheit entwickelt. Aus psychiatrischer Sicht habe sich während der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung die depressive Symptomatik gebessert und sei seit 2017 nur noch leicht ausgeprägt, alle anderen Störungen seien praktisch unverändert vorhanden. Neu sei auf die Diagnose einer Neurasthenie verzichtet worden, da die Erschöpfungssymptomatik im Rahmen der dissoziativen Störung interpretiert werde. Insgesamt sei daher von einer seit 2018 leicht gebesserten Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert von 30 % auszugehen (AB 240.1/17 f. Ziff. 4.11.1).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entschei-

dungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

3.5

3.5.1 Das MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 (AB 240.1 [Konsensbeurteilung]) erfüllt was Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung betrifft die Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen medizinischen Expertise (vgl. E. 3.4 hiervor). Die gutachterlichen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehender, fachärztlicher Abklärung und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Sachverständigen die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und überzeugend begründet dargelegt. Das MEDAS-Gutachten äussert sich zudem zur vorliegend massgeblichen Frage der revisionsbegründenden Veränderungen des medizini-

schen Sachverhaltes. Aus den übrigen medizinischen Akten bzw. den Ausführungen der Beschwerdeführerin ergeben sich sodann keine Anhaltspunkte, die konkrete Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens zu wecken vermöchten.

3.5.2 In somatisch-orthopädischer Hinsicht ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 bzw. dem entsprechenden orthopädischen Teilgutachten, dass sich die Beschwerdeführerin zwar im Februar 2019 einer Spondylodese-Operation unterziehen musste (vgl. dazu AB 214/39), sich hierdurch aber die Rückenbeschwerden subjektiv deutlich gebessert und auch die vorbestehende Lumboischialgie weitestgehend zurückgebildet haben (AB 214/36). In der klinischen Untersuchung wurde denn auch eine gut entfaltbare LWS mit lediglich endgradiger Bewegungseinschränkung und mässigem paravertebralem Hartspann beschrieben (AB 240.1/6 f., 240.4/7 Ziff. 7.1). Unter Berücksichtigung, dass zufolge der Anmeldung zum Leistungsbezug im Dezember 2019 (AB 197/1 f.) ein Rentenanspruch frühestens im Juni 2020 entstehen könnte (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), das heisst weit nach der normalen Rekonvaleszenz einer solchen Operation, ist ohne weiteres davon auszugehen, dass in diesem Zeitpunkt wiederum das zuvor bestandene (wie im aktuellen Gutachten bestätigte) Zumutbarkeitsprofil (AB 152.1/51 Ziff. 10), welches bereits leichte bis höchstens mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten vorschrieb, Gültigkeit hat. Die weiteren, seit längerer Zeit bestehenden Einschränkungen auf dem orthopädischen Fachgebiet, namentlich die symptomatische Restinstabilität des linken Knies und das Schulterleiden rechts, beide je nach wiederholten operativen Versorgungen, haben sodann einzig in qualitativer Hinsicht einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 240.1/6, 240.4/8 Ziff. 4). Hieraus lässt sich indessen keine im massgeblichen Vergleichszeitraum eingetretene anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten. Diese Beeinträchtigungen hatten denn auch bereits im vormaligen Zumutbarkeitsprofil Berücksichtigung gefunden (vgl. AB 152.1/51 Ziff. 10).

3.5.3 Auf dem internistischen Gebiet wurde zwar im Unterschied zu den früheren Gutachten (vgl. AB 174.2/23 Ziff. 6, 152.1/49 f. Ziff. 7 f.) nunmehr eine hypertensive Herzkrankheit und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert, jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 240.1/11

Ziff. 4.2). Diese kardiovaskulären Gesundheitsschäden können denn auch medikamentös behandelt werden und führen zu keiner (zusätzlichen) Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. AB 240.3/9 Ziff. 8.1). Insoweit vermag das alleinige Hinzutreten dieser Diagnosen keine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung zu begründen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.5.4 In neurologischer Hinsicht fühlte sich die Beschwerdeführerin durch die neu festgestellten radikulären Ausfallsymptome geringer Ausprägung in den distalen Segmenten am rechten Bein unklarer Ätiologie subjektiv kaum beeinträchtigt (AB 240.1/7), womit auch unter Berücksichtigung dieser neu gestellten Diagnose keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt. In der klinischen Untersuchung fanden sich bei einem vielfältigen Beschwerdebild relativ spärliche objektivierbare Befunde. Der neurologische Sachverständige stützte sich daher vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (AB 240.1/7, 240.5/11). Aufgrund dieser beschrieb er vorwiegend qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und attestierte im Übrigen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Verminderung der Leistungsfähigkeit um 30 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit respektive einer anderweitigen Verweistätigkeit (AB 240.5/13 Ziff. 8.1). Alleine aufgrund der beschriebenen qualitativen Einschränkungen ist eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht erstellt. Die angegebene Arbeitsunfähigkeit weicht nicht von der vormals aus somatischer Sicht attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab (AB 152.1/53 Ziff. 11). Es besteht damit keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes auf dem neurologischen Gebiet.

3.5.5 Im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens diagnostizierte Dipl.-Psych. G._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, eine in ihrer Ausprägung nicht-authentische neuropsychologische Störung mit Minderleistungen in den Bereichen Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, mnestische Funktionen, Exekutivfunktionen, Kulturtechniken mit/bei einer Leistungsverzerrung unbekannter Ursache (AB 240.7/11 Ziff. 6). Im Rahmen der Performanz- und Beschwerdevali-

dierung hätten sich ein auffälliges Antwortverhalten, Hinweise für die Ungültigkeit des Testprofils und deutliche Hinweise für eine überhöhte oder ausgeweitete Beschwerdeschilderung ergeben (AB 240.7/11). Die erhobenen Befunde wurden von der Sachverständigen deshalb einleuchtend begründet als nicht valide eingeschätzt (AB 240.7/12), weshalb sie auf einen eingehenden Vergleich mit der früheren neuropsychologischen Untersuchung durch die Klinik H. _____ vom 1. April 2019 (AB 197) verzichtete, was nicht zu beanstanden ist. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung wurden sodann im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gewürdigt (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2). Insoweit ist auch unter Berücksichtigung des im Rahmen der neuropsychologischen Testung gezeigten Verhaltens keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes erstellt.

Daran vermögen insbesondere auch die Befunde und Einschätzungen im Bericht vom 1. April 2019 der Klinik H. _____ (AB 197/9-14) nichts zu ändern. Denn dort wurde mit Fokus auf die subjektiven Beschwerden im Bereich der visuellen Wahrnehmung – ohnehin gleich wie bereits im MEDAS-Gutachten vom 4. April 2013 (AB 152.17/46 f.) – eine mittelgradige neuropsychologische Störung attestiert (AB 197/13). Soweit mit Blick auf das Ausmass der kognitiven Störungen im Bericht weiter pauschal festgehalten worden war, dies lasse sich nicht alleine durch eine Depression und/oder ein Schmerzsyndrom erklären, sondern es sei insbesondere hinsichtlich der Auffälligkeiten in den Bereichen der visuellen Wahrnehmung eine hirnorganische Ursache zu vermuten, entbehrt dies sowohl einer nachvollziehbaren medizinischen Begründung als auch eines entsprechenden organischen Korrelates. Eine massgebende organische Ursache wurde im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens denn auch überzeugend ausgeschlossen (AB 240.5/12 Ziff. 7.1). Insoweit fällt eine Verschlechterung eines hirnorganischen Schadens in grundsätzlicher Hinsicht sowie namentlich auch im Zusammenhang zu den 2003 und 2010 erlittenen Unfällen von vornherein ausser Betracht (vgl. AB 240.7/13 bzw. 240.1/10). Solche Schäden wurden im Übrigen bereits auch im MEDAS-Gutachten vom 4. April 2013 ausgeschlossen (AB 152.1/52).

Ferner wurden – entgegen der Kritik der Klinik H._____ (AB 197/10) – die subjektiven visuellen Einschränkungen und der geklagte Schwindel (insbesondere auch in der neuropsychologischen Abklärung) bereits im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 4. April 2013 (AB 152.1) untersucht, jedoch mit überzeugender Begründung im Rahmen einer mittelschweren neuropsychologischen Störung als im Wesentlichen psychogener Ursache sowie ohne massgebenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit interpretiert (AB 152.1/46 f. und 50). Dies haben die Experten auch im aktuellen MEDAS-Gutachten nochmals bestätigt (AB 240.1/10).

3.5.6 In psychiatrischer Hinsicht geht aus dem MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 respektive dem psychiatrischen Teilgutachten ausdrücklich hervor, dass sich die depressive Symptomatik während der bis 2017 wahrgenommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gebessert habe und seither nur noch leicht ausgeprägt sei, während alle anderen Störungen auf dem psychiatrischen Fachgebiet praktisch unverändert vorhanden seien (AB 240.6/11 Ziff. 8.4). Entsprechend attestierte die psychiatrische Sachverständige für den Zeitraum von 2010 bis 2017 eine – mit dem MEDAS-Gutachten vom 4. April 2013 (AB 152.1/49 f. Ziff. 10) korrelierende – Arbeitsunfähigkeit von 80 %, respektive anschliessend eine solche von 70 % (AB 240.6/7 f. Ziff. 7.1, 240.6/10 f. Ziff. 8.1 f. und 8.4). Hiermit ist ohne weiteres gutachterlich nachvollziehbar attestiert und damit erstellt, dass in psychiatrischer Hinsicht im Vergleichszeitraum (vgl. E. 2.3.4 und 3.1 hiervor) keine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad eingetreten ist. Soweit die psychiatrische Gutachterin im Unterschied zum psychiatrischen Vorgutachten (AB 152.1/41; vgl. auch AB 174/20 und 23 Ziff. 6) auf die Diagnose einer Neurasthenie verzichtete, da sie die Erschöpfungssymptomatik im Rahmen der dissoziativen Störung interpretierte (AB 240.6/11 Ziff. 8.4), vermag dies nichts zu ändern. Denn eine derartige unterschiedliche diagnostische Würdigung des in tatsächlicher Hinsicht unveränderten medizinischen Sachverhaltes ist revisionsrechtlich regelmässig unerheblich (E. 2.3.3 hiervor).

Vor dem Hintergrund der ausdrücklich beschriebenen gleichgebliebenen psychischen Situation und angesichts der trotz Variationen im Wesentlichen gleichgebliebenen Diagnostik (vgl. AB 240.6/7 Ziff. 6 bzw. AB 152.1/41

Ziff. 4.4.4, 174/23 Ziff. 6) vermag die Beschwerdeführerin alleine aus dem Umstand, dass die psychiatrische Gutachterin die Beeinträchtigung infolge der chronischen Schmerzstörung, der dissoziativen Störung und der leichten depressiven Restsymptomatik gesamthaft als schwer ausgeprägt bezeichnete (AB 240.6/8 Ziff. 7.1 am Ende), nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Hinzu kommt, dass im Rahmen der klinischen Untersuchung keine dahingehenden schweren Einschränkungen (vgl. AB 240.6/6 Ziff. 4.3) respektive keine massgebende Veränderung im Vergleich zum MEDAS-Gutachten vom 4. April 2013 (vgl. AB 152.1/39 f. Ziff. 4.4.3) bzw. zum Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 4. Juli 2014 (vgl. AB 174.2/15 f. Ziff. 4.1.3) auszumachen sind. Soweit demgegenüber bei der Mini-ICF-APP-Testung in einzelnen Bereichen erhebliche bis voll ausgeprägte Beeinträchtigungen beschrieben wurden, begründet auch dies keine ausgewiesene Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes, denn entscheidend ist in erster Linie die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung, während dem genannten Testverfahren höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Oktober 2020, 9C_362/2020, E. 3.4 mit Hinweisen). Dasselbe gilt für die im Rahmen des Gutachtens erfolgte neuropsychologische Testung (vgl. dazu E. 3.5.5), wobei das darin erhobene Leistungsprofil aufgrund der durchgeführten Performanz- und Beschwerdevalidierung von der neuropsychologischen Gutachterin ohnehin als nicht valide eingeschätzt wurde (vgl. AB 240.7/11 f.).

Schliesslich lässt sich auch aus dem Arztbericht der vormals in psychotherapeutischer Hinsicht behandelnden Ärztin Dr. med. I. _____ vom 5. August 2016 (AB 197/22) keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands ableiten, zumal sich der besagte Bericht offensichtlich auf die somatischen Beschwerden konzentriert und im Übrigen keine neuen psychischen Aspekte genannt werden.

Der psychische Gesundheitszustand hat sich somit im massgebenden Vergleichszeitraum nicht erheblich verändert, weshalb keine (erneute [vgl. VGE IV/15/315, E. 3.7.2 {AB 192/14-17}]) Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 vorzunehmen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Oktober 2021,

8C_308/2021, E. 5.2 mit Hinweisen), abgesehen davon, dass auch hinsichtlich des für die Beurteilung der Indikatoren massgeblichen Sachverhalts keine Veränderungen vorliegen.

3.5.7 Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin aus den verschiedenen Berichten des Hausarztes Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (AB 197/3-5, 197/20 f., 197/23, 214), nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So sind ihnen keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte zu entnehmen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. 3.4 hiavor), sodass die von Dr. med. J. _____ wiederholt und eindringlich beschriebene deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes keine Zweifel am MEDAS-Gutachten zu wecken vermag. Eine medizinische Begründung hierfür fehlt. Dr. med. J. _____ äusserte sodann auch mehrfach sein Unverständnis über die mit Verfügung vom 3. März 2015 (AB 183) erfolgte Aufhebung der Invalidenrente bzw. den dies bestätigenden VGE IV/2015/315 (AB 192) und in diesem Zusammenhang zudem Kritik an der Beschwerdegegnerin respektive dem Verwaltungsgericht (vgl. AB 197/21 und 23). Er hat dabei offensichtlich die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche und Beurteilungszuständigkeiten von Medizin und Verwaltung bzw. Gericht nicht beachtet. Er identifiziert sich denn auch deutlich über das Mass hinaus mit den Interessen der Beschwerdeführerin an Versicherungsleistungen, das von einem behandelnden Arzt oder Therapeuten zu erwarten wäre. Angesichts dieses faktischen Rollenwechsels vom behandelnden Therapeuten zum Parteivertreter ist seinen Ausführungen, die sich ohnehin im Wesentlichen auf die Wiedergabe der Diagnosen und Einschätzungen der behandelnden Ärzte beschränken, von vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert beizumessen (vgl. Entscheid BGer vom 18. Dezember 2019, 8C_695/2019, E. 4.3).

3.6 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass im massgebenden Vergleichszeitraum die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten im Wesentlichen gleich geblieben ist. Damit liegt insgesamt keine massgebliche Veränderung der medizinischen Verhältnisse vor, die

geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.7 Ebenso ist in erwerblicher oder sonstiger tatsächlicher Hinsicht eine revisionsrechtlich relevante Veränderung weder ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht, sodass auch diesbezüglich kein Revisionsgrund besteht. Namentlich begründet der Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2017 ihre vormalige Beschäftigung als ... aufgab und fortan als ... der ... in einem kleinen Pensum weiterbeschäftigt wurde (vgl. AB 197/17 f., 197/11), keinen erwerblichen Revisionsgrund, da eine Weiterführung der bisherigen Tätigkeit rein somatisch zumutbar gewesen wäre (vgl. AB 240.1/14 Ziff. 4.7) und in psychischer Hinsicht unverändert kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 3.5.6 hiervor).

Mit Blick auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin zum Invalideneinkommen (Beschwerde, Ziff. II/7 S. 7) ist zudem darauf hinzuweisen, dass dieses vom Gericht bereits in VGE IV/2015/315, E. 4.3.2, mangels Ausschöpfung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit auf tabellarischer Basis anhand der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt wurde (AB 192/21 f.), sodass auch diesbezüglich keine Veränderung ersichtlich ist. Mangels einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse erübrigt sich damit auch ein neuer Einkommensvergleich.

4.

Nach dem Dargelegten ist die mit Verfügung vom 2. Juli 2021 (AB 250) erfolgte Abweisung des Leistungsgesuchs nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die

Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Ausgangsgemäss besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (inkl. Eingabe der Beschwerdeführerin vom 3. November 2021)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.